

Demande d'inscription sur le REGISTRE NOMINATIF

L'INSCRIPTION CONCERNE

Mme, Melle, M, (mettre une croix dans la case correspondante)

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

Qualité de l'intéressé(e) :

- personne âgée de 65 ans et plus
 personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
 personne adulte handicapée

Autres informations concernant l'intéressé(e) :

Heure ou plage horaire à laquelle vous êtes le plus susceptible d'être joignable par nos services :

Service intervenant à domicile

PRESTATIONS	OUI/NON	COORDONNEES	JOURS ET HORAIRES D'INTERVENTIONS
Portage de repas			
Aide-ménagère			
Télé-alarme			
Soins à domicile (SSIAD ou infirmière)			
Autre			

Nom et n° de Téléphone du Médecin traitant :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

	1 ^{ère} personne	2 ^{ème} personne
Nom		
Prénom		
Adresse		
N° de téléphone		

DEMANDE D'INSCRIPTION FAITE PAR

L'intéressé(e)

Autre : (précisez ci-après)

NOM : _____ Prénom : _____

N° de téléphone : _____

Lien avec l'intéressé(e) : (parenté, représentant légal, ami ou proche,...) : _____

A signaler que cette inscription est facultative et qu'une modification ou radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de l'intéressé(e).

A _____ le _____

Signature du demandeur

Formulaire à renvoyer à :
Centre Communal d'Action Sociale
1, place de l'Hôtel de Ville
BRIEY - 54150 VAL DE BRIEY

Tél. : 03 82 47 16 20 - ccas@valdebriey.fr